

**DORSAL** \_\_\_\_\_  
(A completar por la organización)

**ENCUESTA DE SALUD CORREDORES/AS TINAJO X-RACE 2014**

Nombre y Apellidos:	
DNI:	Teléfono de emergencias:
Peso del corredor/a:	Altura del corredor:
Fecha de último control médico:	Frecuencia cardiaca en reposo:
Tienes entrenador/a : <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Te hicieron alguna evaluación deportiva: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

<b>Antecedentes de Diabetes, Arritmia, Hipertensión, Anemia, Ansiedad, Síncope</b>
Enfermedades crónicas:
Alergias conocidas:
Alguna lesión(Indica cual): Severa: _____ Crónica: _____
Intervenciones quirúrgicas:
Toma alguna medicación (Indica cual):
Toma suplementos (Indica cual):

<b>Marcar problemas que padece o ha padecido:</b>		
Agotamiento por calor	Tos o respiración forzada	Expectorar con sangre
Vomitir sangre	Diarrea	Sangre en la orina
Micción dolorosa	Retraso de Regla	Dolores articulares
Convulsiones	Conmociones	Desmayos
Golpe de calor	Dolor Torácico	Dolor de estómago
Estreñimiento	Heces con sangre	Hernias
Problemas menstruales	Dolor de espalda	Visión borrosa
Cefaleas	Mareos	Otros:

<b>Cuál fue la última competición en la que participaste:</b>
Nombre del evento: _____ Fecha: _____

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

Fdo:.....